



Sygn. akt V CSK 139/08

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 października 2008 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Lech Walentynowicz (przewodniczący)

SSN Irena Gromska-Szuster (sprawozdawca)

SSN Katarzyna Tyczka-Rote

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 8 października 2008
r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej od wyroku Sądu Okręgowego w K. z dnia 29
listopada 2007 r., sygn. akt IV Ca (...),

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi Okręgowemu w K. do
ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Wyrokiem z dnia 6 czerwca 2007 r. Sąd Rejonowy w K. oddalił powództwo
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. o zasądzenie od
Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwoty 56 930 zł z ustawowymi odsetkami i
kosztami procesu tytułem należności za ponadlimitowe świadczenia medyczne

wykonane przez stronę powodową, ostatecznie określone przez nią jako wykonane dla ratowania życia i zdrowia ludzkiego.

Sąd pierwszej instancji ustalił między innymi, że strony zawarły w dniu 23 grudnia 2004 r. umowę o udzielenie przez stronę powodową świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjnej opieki medycznej w ramach Poradni Chirurgii Ogólnej dla Dzieci, o maksymalnej wartości 384 775,66 zł, za które strona pozwana zobowiązała się zapłacić. Strona powodowa w 2005 r. w każdym miesiącu, poza styczniem, przekraczała limit świadczeń finansowanych przez stronę pozwaną. W Poradni przyjmowane są dzieci w wieku od 0 do 18 lat i wykonuje się głównie zabiegi szycia, gipsowania, zmiany gipsu i kwalifikowania do zabiegów operacyjnych. Nie tworzy się tzw. kolejki świadczeń, gdyż w zasadzie wszystkie przypadki uznawane są za nagłe, choć rzeczywista ilość przypadków nagłych wynosi 15-20%. Strona powodowa kilkakrotnie wzywała stronę pozwaną do zapłaty za świadczenia ponadlimitowe, jednak strona pozwana odmówiła.

Sąd Rejonowy oddalił część wniosków dowodowych strony powodowej zmierzających do wykazania, że wykonane świadczenia ponadlimitowe dotyczyły tzw. przypadków nagłych, uznał bowiem, że były one spóźnione.

Oceniając roszczenie stwierdził, że skoro strony łączyła umowa o wykonanie świadczeń medycznych, strona pozwana, co do zasady obowiązana jest zapłacić tylko za ilość świadczeń przewidzianą w umowie. Jednakże jeżeli świadczenie medyczne udzielone zostało w sytuacjach określonych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm. - dalej: „ustawa z.o.z.”) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (jedn. tekst: Dz. U. z 2000 r. Nr 21, poz. 204 ze zm. – dalej: „ustawa o zawodzie lekarza”), to jest w przypadkach nagłych, zagrożenia zdrowia lub życia ludzkiego, gdy lekarz i zakłady opieki medycznej mają bezwzględny, ustawowy obowiązek udzielenia pomocy medycznej - Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązany jest zwrócić świadczeniodawcy równowartość tych świadczeń także wówczas, gdy przekroczyły one limit umowny. Sąd Rejonowy stwierdził, że za przypadki, o jakich mowa w powyższych przepisach należy uznać wyłącznie te przypadki nagłe i nieprzewidziane, w których brak natychmiastowej pomocy medycznej może spowodować śmierć pacjenta lub ciężki rozstrój zdrowia. Wskazał, że na powódzie spoczywał z mocy art. 6 k.c. ciężar dowodu, iż określone ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, za które dochodzi wynagrodzenia, zostały wykonane w warunkach wyżej opisanych. Zdaniem Sądu pierwszej instancji powód tego nie udowodnił nie przedstawiając we właściwym czasie odpowiednich dowodów w

postaci dokumentacji lekarskiej wykonanych świadczeń zdrowotnych oraz ich analizy dokonanej przez specjalistę, które mogłyby wykazać, czy i jakie konkretne świadczenia były wykonane w warunkach ratowania zdrowia i życia ludzkiego. W ocenie Sądu nie ma podstaw do przyjęcia stanowiska powoda, że wszystkie przypadki leczone w Poradni Chirurgii Ogólnej dla Dzieci wymagały natychmiastowej interwencji lekarskiej.

W wyniku apelacji strony powodowej Sąd Okręgowy w K. zaskarżonym wyrokiem z dnia 29 listopada 2007 r. zmienił wyrok Sądu pierwszej instancji i uwzględnił powództwo w całości. Opierając się na ustaleniach faktycznych tego Sądu oraz dzieląc jego wywody co do zasad odpowiedzialności strony pozwanej za tzw. świadczenia ponadlimitowe, nie podzielił jednak stanowiska Sądu pierwszej instancji w zakresie rozkładu ciężaru dowodu. Stwierdził bowiem, że to na stronie pozwanej spoczywał ciężar udowodnienia tego, że świadczenia ponadlimitowe strony powodowej nie zostały wykonane w warunkach wskazanych w art. 7 ustawy z.o.z i w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza. Uznał, że ze względu na specyfikę poradni chirurgicznej dla dzieci należy podzielić stanowisko strony powodowej, że wszystkie świadczenia są w niej wykonywane w warunkach, o jakich mowa w powyższych przepisach, a skoro strona pozwana kwestionowała to, na niej spoczywał ciężar dowodu, że usługi te nie spełniały powyższych kryteriów. W ocenie Sądu drugiej instancji, to pozwany powinien wykazać, które z poszczególnych, ponadlimitowych świadczeń medycznych wykonanych przez powoda i objętych żądaniem pozwu, nie spełniały wymaganych przesłanek określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza. Z uwagi na to, że strona pozwana tego nie udowodniła, zaś powód udowodnił, że wykonał na rzecz ubezpieczonych ponadlimitowe świadczenia medyczne, Sąd Okręgowy zmienił zaskarżony wyrok i uwzględnił powództwo.

W skardze kasacyjnej opartej na obu podstawach określonych w art. 398³ § 1 k.p.c. strona pozwana w ramach pierwszej podstawy zarzuciła naruszenie art. 6 kc w związku z art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza przez błędną wykładnię i nieprawidłowe zastosowanie rozkładu ciężaru dowodu, naruszenie art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza przez błędną wykładnię pojęcia natychmiastowego świadczenia lekarskiego koniecznego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, naruszenie art. 19 w zw. z art. 20 i art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) przez błędną wykładnię przypadków, gdy NFZ ma obowiązek zapłaty za świadczenia ponadlimitowe wykonane w warunkach nagłych,

naruszenie art. 56 k.c. w zw. z art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza przez przyjęcie, że umowa stron wywołała też skutki wyrażone w tych przepisach, naruszenie art. 19, art. 20 i art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w wyniku pominięcia, że w przypadku ograniczonej możliwości dostępu do świadczeń medycznych, zakład opieki zdrowotnej ma prawo do wprowadzenia procedury ustalającej kolejność świadczeń, naruszenie art. 354 § 1 i art. 471 k.c. przez orzeczenie zapłaty ponad uzgodnioną w umowie maksymalną kwotę, naruszenie art. 58 k.c. przez nierozważnie zgodności umowy z tym przepisem w sytuacji orzeczenia obowiązku zapłaty ponad uzgodniony w umowie limit finansowania.

W ramach drugiej podstawy kasacyjnej skarżąca zarzuciła naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. przez brak wszechstronnego rozważenia całego materiału dowodowego i poczynienie ustaleń nie mających odzwierciedlenia w dowodach oraz naruszenie art. 382 k.p.c. przez pominięcie w postępowaniu apelacyjnym i nie rozważenie przez Sąd drugiej instancji dowodów wskazujących jakie porady były udzielane w poradni oraz jak powód gospodarował środkami finansowymi i jaka była dostępność świadczeń z zakresu chirurgii dziecięcej na terenie Ś. i Z.

Wnosiła o uchylenie i zmianę zaskarżonego wyroku, ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, przy uwzględnieniu w obu wypadkach wniosku o zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Przedmiotem sporu jest umowa o wykonanie świadczeń zdrowotnych zawarta na podstawie art. 132 oraz art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.). Przepisy te zastąpiły odpowiednie regulacje dotyczące umów o świadczenie opieki zdrowotnej zawieranych ze świadczeniodawcami przez kasy chorych a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia, które unormowane były pierwotnie w ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) a następnie w ustawie z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.). Wszystkie te regulacje są na tyle do siebie podobne, że zachowało aktualność ugruntowane już stanowisko Sądu Najwyższego, przywołane przez Sądy obu instancji, zgodnie z którym umowy takie podlegają ocenie z punktu widzenia zasad i przepisów prawa cywilnego, wobec czego, jak każda czynność prawna wywołują nie tylko skutki w nich określone, lecz również te,

które wynikają z ustawy, zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów, zgodnie z art. 56 k.c. Dlatego też, choć co do zasady umowy te powinny określać również zakres i limit świadczeń udzielanych w nagłych wypadkach zagrożenia życia i zdrowia, bowiem są to w pewnym stopniu świadczenia normalne w niektórych zakładach opieki zdrowotnej oraz przewidywalne, jednak jeżeli świadczeniodawca wykonał ponad umowy limit tego rodzaju świadczenia, Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązany jest za nie zapłacić. Zgodnie bowiem z art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, w przypadkach nagłych zagrożenia zdrowia lub życia ludzkiego, ustawodawca wprost nałożył na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej. Jak wskazał Sąd Najwyższy między innymi w wyrokach z dnia 5 sierpnia 2004 r. III CK 365/03, z dnia 15 grudnia 2004 r. IV CK 361/04, z dnia 13 lipca 2005 r. I CK 18/05 (OSP 2006/6/70), z dnia 15 grudnia 2005r. II CSK 21/05, z dnia 18 stycznia 2006 r. V CSK 60/05, z dnia 10 maja 2006 r. III CSK 53/05 oraz z dnia 13 października 2006 r. III CSK 123/06 (nie publ.) - koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego, należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków jakie wywołuje umowa zawarta między NFZ a świadczeniodawcą i obciążyć nimi NFZ, jako zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte.

Powyższe stanowisko nie zmienia jednak faktu, że co do zasady strony wiąże zawarta umowa o udzielaniu i finansowaniu świadczeń zdrowotnych, a więc NFZ obowiązany jest świadczyć tylko w granicach kwot określonych w umowie, za wykonanie świadczeń tam określonych. Wszystkie ponadlimitowe wydatki świadczeniodawcy o tyle tylko będą podlegać zwrotowi przez NFZ, o ile świadczeniodawca wykaze, że poniósł je w warunkach przymusu ustawowego, a więc w sytuacjach nagłych, dla ratowania życia lub zdrowia ludzkiego. Jak każdy wyjątek od zasad umownej odpowiedzialności, powinien być on rozumiany ściśle i wykazany przez tę stronę umowy, która na jego podstawie żąda od drugiej świadczenia wyjątkowego, nie objętego bezpośrednio umową. Jest to oczywiste w świetle zasady art. 6 k.c., zgodnie z którą, ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne i nie budziło też nigdy żadnych wątpliwości w orzecznictwie, w którym jednolicie przyjęto, że to na świadczeniodawcy spoczywa ciężar udowodnienia, iż dochodzone przez niego od NFZ wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenia wykonane w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. oraz w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza (porównaj między innymi wyroki Sądu Najwyższego z dnia 5

listopada 2003 r. IV CK 189/02, z dnia 5 sierpnia 2004 r. III CK 365/03, z dnia 18 stycznia 2006 r. V CSK 60/05, z dnia 10 maja 2006 r. III CSK 53/05 i z dnia 25 maja 2006 r. II CK 343/05). Trzeba więc stwierdzić, że w rozpoznawanej sprawie to Sąd pierwszej, a nie drugiej instancji zajął słuszne stanowisko w przedmiocie rozkładu ciężaru dowodu i prawidłowo zastosował art. 6 k.c. w zw. z art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, natomiast Sąd Okręgowy naruszył powyższe przepisy, co zasadnie zarzucił skarżący.

Trafny jest także zarzut naruszenia przez ten Sąd art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza na skutek błędnej wykładni użytych tam pojęć przypadków nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy medycznej, co doprowadziło w konsekwencji do nieprawidłowego zastosowania tych przepisów.

Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyrokach z dnia 13 października 2007 r., III CSK 123/06 oraz z dnia 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06 (nie publ.) świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa we wskazanych wyżej przepisach objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach). Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub że jest to przypadek niecierpiący zwłoki. W przepisach tych chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia. Jakkolwiek bowiem każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia ludzkiego, to jednak ustawodawca wyraźnie odróżnił świadczenia medyczne udzielane w normalnych warunkach, gdy udzielenie pomocy nie wymaga natychmiastowego działania i może być odłożone w czasie, od sytuacji, gdy pomoc ta musi być udzielona natychmiast, bowiem jej odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia. Choć więc każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia to nie każde jest świadczeniem udzielanym w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia.

Nie można zatem podzielić stanowiska Sądu drugiej instancji, że ze względu na specyfikę pomocy udzielanej przez powodową Poradnię, która świadczyła pomoc chirurgiczną dla dzieci i młodzieży, każdy przypadek tej pomocy był udzielany w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. oraz w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza. Jest to konstatacja dowolna, nie mająca uzasadnienia ani we wskazanej wyżej

wykładni pojęcia stanów nagłych ani tym bardziej w ustalonym stanie faktycznym, z którego wynika, że do stanów nagłych strona powodowa zaliczyła także między innymi usuwanie lub zmianę opatrunków gipsowych, usuwanie szwów, leczenie zwichnięć, co oczywiście nie może być uznane za udzielenie świadczenia w przypadkach nagłych zagrożenia życia lub zdrowia, w rozumieniu powyższych przepisów.

Pominięcie przez Sąd Okręgowy części materiału sprawy, z którego wynika, że strona powodowa dopiero w toku procesu, na zarzut strony pozwanej zawarty w odpowiedzi na pozew sprecyzowała, że dochodzi ponadlimitowego wynagrodzenia za świadczenia wykonane w tzw. stanach nagłych dla ratowania zdrowia i życia ludzkiego i do stanów nagłych zaliczyła też wyżej opisane sytuacje udzielenia pomocy medycznej, które bez wątplenia stanami takimi nie są, a za które żąda ponadlimitowego wynagrodzenia, czyni także zasadnym zarzut naruszenia art. 382 k.p.c., w myśl którego Sąd drugiej instancji orzeka na podstawie materiału zebranego w postępowaniu w pierwszej instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym. Sąd drugiej instancji ma obowiązek dokonać analizy i oceny całego zebranego materiału dowodowego, zaś szczególnie wówczas, gdy z ustaleń Sądu pierwszej instancji wyciąga odmienne wnioski i zmienia zaskarżony wyrok, ma obowiązek przedstawienia własnej analizy całego materiału, a przede wszystkim tych jego fragmentów, które stanowiły podstawę rozstrzygnięcia Sądu pierwszej instancji, a które Sąd drugiej instancji ocenił odmiennie. Brak takiej analizy narusza art. 382 k.p.c.

Biorąc wszystko to pod uwagę Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi drugiej instancji do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego (art. 108 § 2 w zw. z art. 398²¹ i art. 391 § 1 k.p.c.).